

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA BEBÉS (Nacimiento hasta 5 meses)

Nombre del bebé: _____	Edad del bebé: _____
------------------------	----------------------

Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿En qué mes es la siguiente cita de su bebé con el doctor? _____
2. **En las últimas 24 horas (día y noche), ¿cuántos pañales mojó su bebé?** _____
¿Cuántos pañales ensució con popó su bebé? _____
3. Circule todas las palabras que usaría para describir la popó de su bebé:
Color: *Negra y pegajosa* *Café casi verdosa* *Amarilla y semillento* *Otro* _____
Textura: *Firme* *Dura y como piedritas* *Suave* *Aguado* *Otra* _____
4. **¿Cómo sabe cuando su bebé quiere comer?** _____
¿Cómo sabe cuando su bebé está satisfecho? _____
5. **Si amamanta a su bebé:**
¿Cuántas veces en 24 horas amamanta a su bebé? _____
¿Cómo le va cuando amamanta a su bebé? (mal) 1 2 3 4 5 (muy bien)
6. **Si alimenta a su bebé con fórmula:**
¿Cada cuándo toma su bebé biberones con fórmula? _____
¿Cuántas onzas de fórmula toma su bebé en cada biberón? _____
¿Qué fórmula le da a su bebé? _____
Explique cómo prepara la fórmula. _____
¿Cómo le va el alimentar a su bebé con fórmula? (mal) 1 2 3 4 5 (muy bien)
7. **Si su bebé usa un biberón:**
 - ◆ **¿En cuáles lugares toma su bebé el biberón?** *Cama* *Carriola* *Asiento de seguridad*
Los brazos de alguien *Silla alta* *Otros (apunte)* _____
 - ◆ **¿Qué toma su bebé en el biberón?**

<i>Agua</i>	<i>Agua de arroz</i>	<i>Kool-Aid</i>	<i>Café</i>	<i>Leche materna</i>
<i>Agua con azúcar</i>	<i>Cereal</i>	<i>Soda</i>	<i>Té</i>	<i>Fórmula</i>
<i>Agua con miel</i>	<i>Leche de vaca</i>	<i>Limonada</i>	<i>Té de manzanilla</i>	
<i>Agua con miel Karo</i>	<i>Gatorade</i>	<i>Jugo</i>	<i>Otros</i> _____	
<i>Gelatina aguada</i>	<i>Pedialyte</i>			
8. **¿Cuáles alimentos come su bebé?**

<i>Cereal para bebé: Arroz, Avena, Cebada o Mixta</i>	<i>Carnes</i>
<i>Verduras con carne</i>	<i>Yema de huevo</i>
<i>Verduras</i>	<i>Clara de huevo</i>
<i>Frutas</i>	<i>Huevos enteros</i>
	<i>Ninguno</i>
9. **Le doy a mi bebé:** *Vitaminas* *Fluoruro* *Gotas de hierro* *Medicina* *Ninguno* *Otro* _____
10. Mi bebé tiene actualmente: *Alergias* *Respira con dificultad* *Sarpullido* *Estreñimiento*
Diarrea *Cólicos* *Nada* *Otro* _____
11. **¿Qué preguntas tiene sobre como su bebé está comiendo y creciendo?**

For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)

Date: _____ WIC Staff Name: _____

Participant WIC ID #: _____ Length: _____ Weight: _____